

# Vroegsignalering alcohol bij senioren

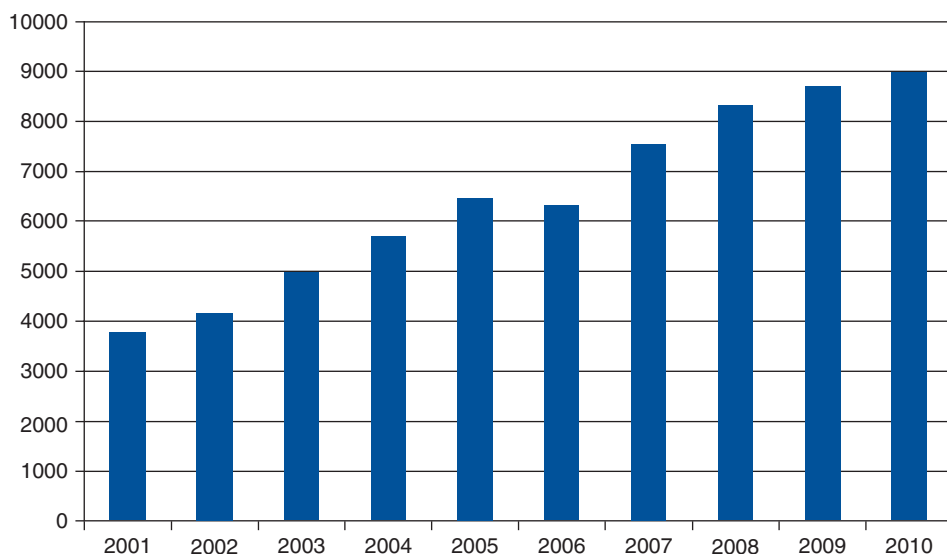
Rob Bovens en Susanne Weingart\*

De afgelopen jaren is de alcoholproblematiek onder senioren (55-plussers) fors gestegen, meer dan in andere leeftijdsgroepen. Het Partnership Vroegsignalering Alcohol besloot in 2009 voor deze leeftijdsgroep een protocol vroegsignalering op te zetten. Een argument voor speciale aandacht voor senioren is dat voor hen afwijkende (strengere) drinknormen dienen te worden gehanteerd: met het stijgen van de leeftijd wordt de tolerantiedrempel voor alcohol in fysiologische zin verlaagd. Daarnaast is bij senioren sprake van andere settingen waar screening en vroegsignalering dient plaats te vinden (zoals verzorgingstehuizen, thuiszorg en welzijnswerk voor ouderen). Senioren gaan overigens ook vaker naar de huisarts, die daar dus bijzonder aandacht voor moet hebben. In dit artikel wordt ingegaan op de ontwikkeling van dit protocol en de invoering hiervan in twee ziekenhuizen bij wijze van experiment. Voorafgaand besteden wij aandacht aan de alcoholproblematiek onder de betreffende doelgroep.

## Achtergrond

Er is sprake van een explosieve stijging van alcoholproblematiek onder ouderen (Stichting Informatievoorziening Zorg, 2011; Weingart, 2009). Al in 2004 hield het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) een studiemiddag, waar deze trend voor het eerst werd signaleerd. Samen met de Stichting Informatievoorziening Zorg verzorgden vanaf dat moment jaarlijks de uit-

\* Mr. dr. R.H.L.M. Bovens is senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht en lector verslavingspreventie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle. E-mail: rbovens@trimbos.nl.  
Drs. S.W.S.M. Weingart is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht.



**Figuur 1** Alcoholcliënten van 55 jaar en ouder in 2001-2010. Bron: IVZ, 2011.

voerders van de campagne *Drank maakt meer kapot dan je lief is*<sup>1</sup> publicaties over dit thema. Uit de cijfers blijkt dat er sinds 1994 een trend is die ervoor zorgt dat in tien jaar tijd sprake is van een verdubbeling van het aantal 55-plussers dat ingeschreven staat bij de verslavingszorg voor een alcoholprobleem. Die trend zette zich door, getuige de gegevens die wij recentelijk ontvingen van de Stichting Informatievoorziening Zorg naar aanleiding van hun publicatie van de LADIS-gegevens uit 2010 (Ouwehand e.a., 2011; zie figuur 1).

De in de (ambulante) verslavingszorg ingeschreven populatie 55-plussers steeg tussen 2001 en 2010 van 3.762 naar 8.989; een stijging van 139%. Gecorrigeerd voor de vergrijzing was de stijging nog steeds 94%. Andere bronnen bevestigen dit beeld: ook de LASA-studies geven een stijging van de problematiek aan. In de periode 1993-2003 steeg het alcoholgebruik fors in de leeftijdsklasse 55-65 jaar. Mensen in deze leeftijdsklasse dronken in het algemeen meer en frequenter. Het percentage overmatige drinkers nam toe van 12 naar 20%, waarbij de toename bij vrouwen sterker was dan bij mannen. Het percentage binge-drinkers is eveneens aanzienlijk toegenomen: van 8% in 1992-1993 tot 21% tien jaar later. Deze stijging was het sterkst onder mannen. Met het stijgen van de leeftijd lijkt met name het gemiddeld aantal glazen alcohol per week af te nemen en daarmee ook het aantal

1 Tot 2008 uitgevoerd door het NIGZ, daarna door het Trimbos-instituut.

**Tabel 1. Alcoholgebruik bij senioren (55-65 jaar). Bron: LASA.**

	1993	2003
<i>Alcoholgebruik</i>		
Geen (%)	14,8	8,2
Matig	73,5	71,8
Overmatig	11,7	20,0
Aantal glazen per week	10,9	12,9 (gem.)
<i>Frequentie</i>		
< 1 dag per maand	13,1	9,1
1-3 dagen per maand	15,9	11,9
1-2 dagen per week	26,3	23,6
3-4 dagen per week	11,7	14,7
5-6 dagen per week	3,6	7,2
Dagelijks	29,4	33,5
Bingedrinker*	8,0	21,2

\* In het betreffende onderzoek benoemd als 'explosieve' drinker, het woord 'binge-drinken' is meer ingeburgerd.

overmatige drinkers. Het percentage mensen dat dagelijks drinkt veranderde niet. Ook het explosieve drinken werd minder (Comijs e.a., 2010).

### Specifieke gezondheidsrisico's bij senioren

Op oudere leeftijd verdraagt het lichaam alcohol slechter dan op jonge leeftijd. Dit komt doordat ouderen minder lichaamsvocht hebben en een relatieve toename van vet. Daarnaast werken bij veel ouderen de lever en nieren minder en neemt de lichamelijke weerstand af. Hierdoor leidt dezelfde hoeveelheid alcohol tot lagere tolerantie, orgaanschade, hogere bloedspiegels en snellere intoxicatie. Met andere woorden, ouderen zijn over het algemeen eerder dronken en een kleine hoeveelheid alcoholhoudende drank kan soms al schadelijke gevolgen hebben.

Voorbeelden van lichamelijke en psychische klachten die bij ouderen kunnen optreden door overmatig alcoholgebruik zijn: hoge bloeddruk, maag- en darmproblemen, incontinentie, moeheid, seksuele problemen, angsten, lichtgeraaktheid, somberheid/depressie, slapeloosheid, desoriëntatie en geheugenverlies (zie [www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)). Ouderen lopen een hoog risico om te vallen en vallen is de zesde belangrijkste doodsoorzaak bij senioren. Bijna een derde van de 65-plus-

sers die nog thuis wonen valt elk jaar wel een keer. Ongeveer de helft daarvan valt herhaaldelijk. Alcoholgebruik kan de kans op een val vele malen vergroten.

### **Doelstelling en activiteiten**

De relatief grote betrokkenheid van senioren bij valincidenten is als aanknopingspunt gehanteerd voor het ontwikkelen van een benadering en werkwijze van professionals op de spoedeisende eerste hulp (SEH) in ziekenhuizen die in aanraking komen met deze doelgroep. Hierbij is gebruik gemaakt van een subsidie van het ministerie van VWS. De protocolontwikkeling is vervolgens geadopteerd door het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA), die hiervoor een Werkgroep Ouderen in het leven heeft geroepen. In de werkgroep waren het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP), de Stichting Consument en Veiligheid en het Trimbos-instituut vertegenwoordigd.<sup>2</sup>

In de aanloopfase (voorjaar 2009) is het NKOP gevraagd een literatuurstudie uit te voeren naar de relatie tussen alcohol en valincidenten bij ouderen. Uit deze studie bleek dat jaarlijks minstens twaalfhonderd 55-plussers op de spoedeisende eerste hulp in ziekenhuizen behandeld werden naar aanleiding van een valincident door overmatig alcoholgebruik (Van Baarsen, 2009). Aangegeven werd door de onderzoekers dat het hier een onderschatting betrof, omdat het alcoholgebruik meestal niet werd uitgevraagd. Hieruit kon geconcludeerd worden, dat als er op SEH-afdelingen van ziekenhuizen meer aandacht zou zijn voor het achterhalen van alcoholgebruik als oorzaak van valincidenten, de signalering van alcoholproblematiek sterk zou verbeteren. Vervolgens zou tijdig doorverwezen kunnen worden naar gespecialiseerde instanties. Op deze manier zouden valincidenten (en andere gezondheidsklachten) als gevolg van alcoholgebruik mogelijk teruggedrongen kunnen worden.

### **Inhoud van het protocol**

Op basis van de uitkomsten van de literatuurstudie is een protocol ontwikkeld dat personeel op de SEH ondersteunt bij de omgang met senioren (55-plussers) met letselschade naar aanleiding van een valincident. Het doel is te interveniëren bij senioren indien er sprake is van een relatie tussen het betreffende letsel en (riskant) alcoholgebruik.

2 Momenteel wordt, onder meer vanwege de opheffing van het NKOP, de samenstelling herzien.

Een val kan worden gedefinieerd als ‘een onbedoelde verandering van lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau’. Personeel dat werkt volgens het protocol weet:

- symptomen te herkennen van alcoholgebruik bij 55-plussers;
- een gesprek te starten over alcoholgebruik, met de AUDIT-C als uitgangspunt;
- welke interventie er nodig is bij de scores van de AUDIT-C en kan deze uitvoeren.

De AUDIT-C is afgeleid van de AUDIT. Dit is een screeningsinstrument van tien vragen, ontwikkeld door de World Health Organisation (WHO) om excessief drinken te screenen en (zonodig) kort te interveniëren. De AUDIT-C bestaat uit de eerste drie vragen van de AUDIT en blijkt in validiteit weinig te verschillen (Gual e.a., 2002). De vragen gaan achtereenvolgens over de frequentie van alcoholgebruik, de hoeveelheid alcohol die op een gemiddelde dag wordt genuttigd en over de frequentie van zwaar alcoholgebruik bij één gelegenheid (PHEPA, 2005). De maximale score bedraagt 12 punten. Naar aanleiding van een score kan verdere behandeling of verwijzing in samenspraak met een patiënt plaatsvinden.

Bij het gebruik van de AUDIT-C zijn de scores voor 55-plussers dezelfde als die voor personen onder de 55 jaar. Maar omdat senioren alcohol over het algemeen slechter verdragen, worden de interventies in het protocol ingezet bij lagere afkappunten van alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid dan bij mensen onder de 55.

De interventie op de SEH bestaat uit een kort gesprek met de patiënt, waarbij wordt ingegaan op diens alcoholgebruik aan de hand van de indruk die de professional heeft gekregen uit de scores op de AUDIT-C. Wanneer de score op de AUDIT-C hoger blijkt te zijn dan 3, wordt geadviseerd de huisarts te bezoeken en wordt een informatiekaartje van de Alcohol Infolijn meegegeven.

Ter ondersteuning van de werkwijze worden twee teksten gesuggerd om op te nemen in de verwijfsbrief naar de huisarts. De inhoud correspondeert met het resultaat van de AUDIT-C. Bij een score van 4-7 luidt de tekst: ‘Uw patiënt scoorde op de AUDIT-C een score die staat voor een overmatige drinker, een adviesgesprek over alcoholgebruik is aan te bevelen.’ De tekst, behorende bij een score van 8-12 luidt: ‘Uw patiënt scoorde op de AUDIT-C een score die staat voor een zeer zware drinker. Aan te bevelen is een adviesgesprek over alcoholgebruik en zo mogelijk een verwijzing naar de verslavingszorg.’

## Resultaten

Na de ontwikkeling van het protocol is contact gezocht met een aantal ziekenhuizen om de belangstelling te peilen voor het uitvoeren van een pilot. Twee ziekenhuizen in de regio Utrecht bleken hiertoe bereid: het Diaconessenhuis en het UMC Utrecht. Bijkomend voordeel van experimenten in deze regio was, dat Centrum Maliebaan, de verslavingszorginstelling in de regio Utrecht, inmiddels een specifiek programma had geopend voor senioren met alcoholproblematiek en eventuele verwijzingen dan ook gericht zouden kunnen worden behandeld.

Voor de uitvoering van het protocol in het kader van de pilot is een tweetal trainingen ontwikkeld. Een 'train de trainer' voor praktijkbegeleiders en een 'training on the job' die door de praktijkbegeleiders op de SEH gegeven kan worden voor het inwerken op het protocol. Zowel in het UMC als in het Diaconessenhuis zijn beide trainingen gegeven aan zowel SEH-verpleegkundigen als aan SEH-artsen, omdat de triage (de eerste screening op een SEH) plaatsvindt door deze beide beroepsgroepen.

De twee ziekenhuizen kozen voor een verschillende vorm van implementatie. Bij het UMC werd het protocol uitgevraagd en op papier ingevuld. De invoering ervan was bottom-up en werd geheel gedragen door de SEH-verpleegkundigen. Een voordeel was dat het protocol snel ingevoerd kon worden en men niet afhankelijk was van toestemming van de verschillende beleidslagen binnen het ziekenhuis. In de loop van de maanden echter bleef bij het UMC, door de hectiek van het moment, het doorvragen op alcohol met behulp van het protocol vaak liggen. Daarbij bleek telkens onduidelijk wie de aansturende persoon in het geheel was. Hierdoor kreeg het alcoholprotocol in het UMC geen duidelijke plaats in de triage.

Bij het Diaconessenhuis koos men voor een implementatie van het alcoholprotocol op alle afdelingen binnen het ziekenhuis en voor alle leeftijden en voor samenwerking met de plaatselijke instelling voor verslavingszorg. De keuze viel op een 'top-down'-benadering. Er werd een contactpersoon aangesteld en de implementatie liep over veel beleidslagen binnen het ziekenhuis. Dit betekende een vertraagde besluitvorming en een langzame invoer, maar ook een stevige verankering. Een belangrijke reden waarom implementatie bij het Diaconessenhuis beter lukte is het aanpassen van alle software op het uitvragen van de AUDIT-C-vragen. Tijdens de triage op de SEH kan een verpleegkundige niet het menu afsluiten of een patiënt officieel ontslaan van de SEH, zonder de drie vragen ingevuld te hebben. Dat helpt, vooral als de drukte van de dag veel aandacht vraagt.

Over het algemeen is de kans van slagen van de invoering van een dergelijk protocol het grootst als er een breed draagvlak is bij medewerkers en beleidsmakers. Ook de inbedding in bestaand beleid maar ook in bestaande manieren van werken (zoals werken met bepaalde software) is van groot belang. SEH-verpleegkundigen bevelen aan meer aandacht te schenken aan voorlichting over het nut van de interventie en achterliggende informatie als instrument om de implementatie te bespoedigen. Dit zou kunnen gebeuren in de vorm van symposia, lezingen of klinische lessen, maar uiteraard ook door het doen van meetingen en de terugkoppeling ervan naar de werkvloer.

### **Toekomstplannen**

Met het protocol kunnen nu meer SEH-afdelingen in Nederland aan de slag. Daarbij dient wel rekening gehouden te worden met de uitkomsten van de pilot, namelijk het meer dwingend opleggen van de invoering en aanpassing van ondersteunende software. Daarbij hoeft de aanleiding zich niet te beperken tot valincidenten, maar kunnen ook andere lichamelijke aandoeningen als startpunt gekozen worden. Ook kunnen andere afdelingen van ziekenhuizen gebruik maken van het protocol. Daarbij kan samenwerking en afstemming plaatsvinden met initiatieven die ontstaan uit de activiteiten van de Werkgroep Tweede lijn binnen het PVA.

In het kader van het PVA wordt momenteel naar ziekenhuizen gezocht die bereid zijn met het protocol te gaan werken. Daarnaast wordt bekeken in hoeverre het protocol, al dan niet aangepast, ook als werkwijze ingevoerd kan worden in andere sectoren binnen de gezondheids- en welzijnszorg (zoals thuiszorg, AMW en verpleegzorg). Ten slotte wordt aanbevolen op termijn de effectiviteit van het werken met het protocol te onderzoeken.

### **Literatuur**

- Baarsen, C. van (2009). Ouderen, alcohol en valincidenten. Literatuurstudie. Zeist: NKOP.
- Comijs, H.C., Tilburg, T.G. van, & Deeg, D.J.H. (2009). Alcohol, sociale veiligheid, empowerment. Amsterdam: VU Medisch Centrum.
- Etten, D. van, & Weingart, S. (2009). Trainershandleiding t.b.v. het invoeren van het protocol ouderen, alcohol en vallen. Zeist: NKOP; Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gual, A., Segura, A., Conte, M., e.a. (2002). Audit-3 and Audit-4: Effectiveness of two short forms of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 591-596.
- Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Delden, E.B. van, & Mol, A. (2011). Kerncijfers verslavingszorg 2010. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Houten: SIVZ.

- PHEPA (2005). *The Primary Health Care European Project on Alcohol. Clinical guidelines on identification and brief interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.
- Stichting Informatievoorziening Zorg (2010). *LADIS bulletin. Ouderen (55+) in de ambulante verslavingszorg in Nederland (2000-2009)*. Houten: SIVZ.
- Weingart, S.W.S.M. (2009). *Factsheet alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (1998-2007)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Weingart, S.W.S.M. (2010). *Factsheet protocol ouderen, alcohol en vallen op de SEH*. Utrecht: Trimbos-instituut.